

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

267

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel PELLET

Né le 22 Mai 1908, à MARINGUES (Puy-de-Dôme)

ADÉNITES AIGÜES
PÉRI-APPENDICULAIRES
SIMULANT L'APPENDICITE AIGÜE

Président : M. GREGOIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel PELLET

Né le 22 Mai 1908, à MARINGUES (Puy-de-Dôme)

ADÉNITES AIGÜES
PÉRI-APPENDICULAIRES
SIMULANT L'APPENDICITE AIGÜE

Président : M. GREGOIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-
		LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		CHIRAY.
Clinique médicale		LOEPER.
		CARNOT.
		Marcel LABBE
		CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GUIGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
		CUNEO.
Clinique chirurgicale		GOSSET.
		GREGOIRE.
		LENORMANT.
		TERRIEN.
Clinique ophtalmologique		MARION.
Clinique urologique		LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
Clinique gynécologique		MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique		VILLARET.
Clinique de la Tuberculose		BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		MATHIEU.
Clinique cardiologie		LAUBRY.
Assistance médico-sociale		CROUZON.
Professeurs sans chaire		NOVELACQUE
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES ..
BENARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	DE GENNES ..
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.	LACOMME
FUNCK-		LANTUEJOL ..
ERENTANO ..	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.
FEY	Urologie.	LAVIER
GAILLARD	Parasitologie.	LELCNG
GASTINEL	Bactériologie.	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-.....	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHT	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-.....	
BERT	Physiologie.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CPABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY-.....	
RADOT	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551807_0006

A LA MEMOIRE DE MON PERE
LE DOCTEUR A. PELLET

*Hommage de profonde reconnaissance
et de remerciements affectueux pour les
soins dont il n'a cessé de nous entourer
depuis notre plus tendre enfance et pour
les conseils éclairés qu'il nous a prodigués
chaque jour pendant la durée de nos études
médicales.*

A MA MERE

Modeste témoignage de ma profonde affection.

A MON FRERE
Le Docteur Henry PELLET

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur GREGOIRE

Professeur de clinique chirurgicale

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Hommage de profonde reconnaissance et respectueuse admiration.

Au Docteur Maurice LUZUY

Ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Blois

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre
entière reconnaissance.*

A NOS MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE TOURS

MM. Le Professeur LAPEYRE (*in memoriam*).

Le Professeur BOSC (*in memoriam*).

Le Professeur TILLAYE (*in memoriam*).

Le Professeur GUILLAUME-LOUIS.

Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours

Le Professeur FAIX.

Accoucheur en chef de la Maternité de Tours

Le Professeur DENOYELLE.

Le Professeur A. VIALLE.

Le Professeur P. VIALLE.

Le Professeur GAUDEAU.

Le Professeur Raoul MERCIER.

Le Professeur CHEVÉ.

Le Professeur COSSE.

Le Professeur MAGNAN.

Le Professeur BONIN.

Le Professeur DESBUQUOIS.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. Le Professeur GOSSET.

Le Professeur CUNEO.

Le Professeur LOEPER.

Le Professeur CARNOT.

Le Professeur MARION

Le Professeur BRINDEAU.

Le Professeur COUVELAIRE.

Le Professeur JEANIN.

Le Professeur OMBREDANNE.

INTRODUCTION

Nous avons été souvent frappés de voir amener au chirurgien un enfant présentant les signes d'une appendicite aiguë : début brutal de la douleur abdominale, vomissements, contracture iliaque, température élevée, pouls rapide. Le diagnostic ne paraissait pas pouvoir être sérieusement discuté avec aucune autre affection et l'intervention était immédiatement pratiquée. A l'ouverture du ventre, cependant, l'appendice était d'aspect tout à fait normal. Le chirurgien déplissait les derniers centimètres du grêle et ne trouvait pas de diverticule de Meckel; chez une fillette il glissait son doigt vers les annexes et ne découvrait rien d'anormal; il refermait l'abdomen en concluant à la probabilité d'une crise d'entéro-colite. Les suites opératoires étaient simples et l'enfant guéri quittait l'hôpital une dizaine de jours plus tard.

Si dans la suite, on convoquait le petit malade, il ne présentait pas de troubles intestinaux et ne se plaignait jamais de douleurs abdominales.

En somme, tout s'était passé comme si l'enfant avait présenté une appendicite aiguë et en avait été guéri par l'ablation de l'organe enflammé, bien que celui-ci ne présente aucun signes extérieurs d'inflammation.

Dans les observations que nous avons pu réunir dans la clinique et dans le service hospitalier du Docteur LUZUY, les choses se sont toujours passées ainsi.

Lorsqu'après de multiples cas pour lesquels on s'était contenté du diagnostic insuffisant d'entérocolite ayant simulé une crise d'appendicite aiguë, la constatation fut faite de l'existence d'une pleïade ganglionnaire située dans l'angle iléo-cæcal, un peu de lumière nous fut apportée. Les examens histologiques de l'appendice montrèrent toujours des lésions de la sous-muqueuse et le plus souvent un état inflammatoire aigu ou subaigu.

De là, à admettre que les choses se passaient entre l'appendice infecté et son territoire lymphatique de la même façon qu'entre une plaie infectée du pied et l'adénite inguinale aiguë, alors même que la plaie du pied était invisible au moment où éclatait la réaction ganglionnaire : c'est une conception certainement un peu superficielle et simpliste.

Nous savons les travaux de :

AUGUY, sur l'adénopathie appendiculaire;

BONJOUR, sur les adénopathies périappendiculaires dans l'appendicite;

BRENNEMANN, STRUTHERS, GOLDBERG, NATANSON.

Nous avons lu la belle thèse de Pierre ABOULKER, qui donne à ce syndrome le nom d'adénolymphite mésentérique aiguë.

Notre travail se propose simplement de présenter des faits cliniques et de montrer l'état des malades plusieurs années après l'opération.

Rappels anatomiques

Avant d'entrer dans le sujet proprement dit de notre thèse, nous croyons qu'il serait utile de rappeler les dispositions anatomiques de la région dont nous allons étudier l'état pathologique.

L'appendice est un prolongement du cæcum, qui naît de sa paroi interne à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'orifice iléo-cæcal.

Il représente le segment terminal atrophié du cæcum primitif. Son point d'implantation, est tout d'abord, situé à l'extrémité même du cæcum. C'est ainsi qu'on le trouve encore chez le nouveau-né.

Dans la suite l'origine de l'appendice est peu à peu reportée sur la paroi interne, en raison de la prépondérance du développement de la paroi externe (d'après V. QUÉNU et HEITZ-BOYER).

L'appendice se dispose par rapport au cæcum d'une manière fort variable. Le plus souvent, il descend le long de la face interne du cæcum, parfois il se porte suivant une direction oblique ou transversale, soit sur la face antérieure du cæcum, soit sur la face rétro-cæcale; parfois encore il contourne de gauche à droite le fond du cæcum et monte sur sa face externe, tantôt enfin, il se porte obliquement ou transversalement en dedans, au-dessous de l'iléon.

Quand le cæcum et l'appendice sont en situation

normale, celui-ci répond en dehors à la face interne du cæcum, en dedans aux anses grêles, en avant aux anses intestinales et à la paroi abdominale, en arrière à la fosse iliaque et aux vaisseaux iliaques externes.

Son extrémité supérieure se projette sur la paroi en un point qui occupe le milieu d'une ligne menée de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, à l'ombilic : c'est le point de Mac-Burney, son extrémité inférieure peut descendre dans la cavité pelvienne et se mettre en rapport avec les viscères de cette cavité (vessie, utérus, ligament large, ovaire, etc.).

An niveau de l'angle iléo-colique les deux feuillets de l'extrémité inférieure du mésentère se portent l'un sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure du cæcum et entourent cet organe ainsi que l'appendice. Les deux feuillets péritonéaux se continuent l'un avec l'autre sur la face externe et le fond du cæcum, et aussi sur l'un des bords de l'appendice de telle manière que cæcum et appendice sont entourés par le péritoine, et libres dans la cavité abdominale.

Le péritoine cæco-appendiculaire est soulevé, en certains points, par les vaisseaux qui se rendent au cæcum et à l'appendice. Il en résulte des replis et des dépressions disposés de la manière suivante :

L'artère cæcale antérieure croise l'angle compris entre la face antérieure de l'iléon, et celle du cæcum; elle soulève le péritoine en un repli mésentérico-cæcal tendu de la face antérieure du mésentère, à la face antérieure du cæcum.

L'artère appendiculaire, qui se rend à l'appendice,

en passant en arrière de l'iléon, forme de la même manière le méso-appendice qui va de la face postérieure du mésentère au bord supérieur de l'appendice.

Enfin, l'artère appendiculaire donne parfois une branche récurrente qui se porte du bord supérieur de l'appendice à l'iléon. Cette branche soulève également le péritoine en un repli iléo-appendiculaire inconstant, tendu de l'appendice à l'iléon. Ces trois replis entraînent la formation de deux fossettes, l'une appelée : fossette iléo-cæcale antérieure est placée en arrière du repli mésentérico-cæcal et en avant de l'angle iléo-cæcal. L'autre, la fossette iléo-appendiculaire inconstante est comprise entre le repli iléo-appendiculaire en avant, et le méso-appendice en arrière.

On trouve, encore assez souvent, en arrière du cæcum une fossette rétro-cæcale provenant de la soudure d'une partie de la paroi postérieure du cæcum, au péritoine pariétal. Le processus d'accolement par lequel le côlon ascendant s'unit à la paroi, se prolonge parfois sur le cæcum et la soudure de celui-ci au péritoine pariétal, peut se faire seulement le long des bords externe et interne de sa face postérieure. Il est ainsi un récessus rétro-cæcal ouvert en bas. Le méso-appendice est assez souvent relié au ligament large, par repli péritonéal : le ligament appendiculo-ovarien (d'après Clado). Mais ce ligament ne contient pas de vaisseaux lymphatiques, unissant les réseaux de l'appendice à ceux de l'ovaire.

Les artères naissent de l'artère iléo-colique, branche de la mésentérique supérieure. Elle donne quatre branches : une à gauche, le long de l'iléon : artère iliale. Deux en bas et en dehors passent sur le cæcum, une antérieure, l'autre postérieure, ce sont les artères cæcale antérieure et postérieure. La dernière se dirige en bas à gauche et longe l'appendice, c'est l'artère appendiculaire.

Les veines sont satellites des artères (mésentérique supérieure).

Les lymphatiques du cæcum et surtout ceux de l'appendice sont beaucoup plus développés que ceux des autres segments du gros intestin. Ils suivent assez fidèlement le trajet des vaisseaux sanguins, d'après Poirier et Charpy on peut distinguer trois groupes de collecteurs lymphatiques :

Les collecteurs de l'appendice montent dans l'épaisseur du méso-appendice croisant la face postérieure du segment terminal de l'iléon, pénétrant ensuite dans le mésentère pour aboutir au groupe ganglionnaire iléo-cæcal, placés dans le mésentère autour du segment terminal de l'artère iléo-cæcale. Sur leur trajet dans le méso-appendice, ces lymphatiques traversent 1 à 3 petits ganglions : les ganglions appendiculaires. En général, ils sont rétro-iléaux plus rarement sous-iléaux ou juxto-cæcaux.

Les collecteurs cæcaux antérieurs apparaissent sur la face antérieure du cæcum traversent un, deux, trois petits ganglions pré-cæcaux situés dans l'épaisseur du repli iléo-cæcal antérieur, et viennent aboutir com-

me les précédents au groupe ganglionnaire iléo-cæcal.

Les collecteurs cæcaux postérieurs, suivent le trajet de l'artère homonyme traversent trois à six ganglions cæcaux postérieurs situés à la limite des faces postérieures et internes, et aboutissant également au groupe ganglionnaire iléo-cæcal.

Les ganglions appendiculaires, de même que les ganglions pré et rétro-cæcaux, sont de simples nodules ganglionnaires interrupteurs interposés sur le trajet des lymphatiques cæcaux appendiculaires. Ils sont facultatifs et les ganglions appendiculaires par exemple, font défaut dans 1/6^e des cas, selon Tixier et Vimay.

C'est pourquoi, les lymphatiques appendiculaires sont normalement tributaires en dernier lieu des ganglions iléo-cæcaux.

Rappels histologiques

L'appendice est formé de quatre tuniques.

Une, séreuse, qui adhère à la musculaire par quelques fibres conjonctives.

Une musculaire, forte et épaisse, qui manque au niveau du bord mésentérique ou hile de l'appendice, à la base de l'appendice le plan se divise en trois bandes. La bande circulaire est plus développée que les autres, ses faisceaux croisent les uns sur les autres. Sur le fond de l'appendice, les fibres musculaires se croisent et forment une sorte de natte.

La celluleuse, présente un grand nombre d'espaces ou vacuoles lymphatiques, le plus souvent allongés (Gérolde), on les trouve souvent près de la base des follicules clos.

Une muqueuse, très épaisse chez l'enfant, présente les mêmes caractères, la même structure que sur le reste du gros intestin; un seul point mérite de nous arrêter, c'est son appareil lymphoïde. Celui-ci est formé par un nombre considérable de follicules clos. Ce diverticule est transformé en organe lymphoïde. La formation de ces follicules a pris une telle proportion, que ceux-ci débordent largement dans la sous-muqueuse, après avoir effondré et dissocié la musculaire. Les têtes des follicules, bien distinctes les unes des autres, font saillie dans la lumière étroite

et irrégulièrement étoilée; les corps de follicules sont parfois largement fusionnés, si bien que l'ensemble des formations lymphoïdes se présente sous l'aspect d'une plaque de Peyer tubulaire. Entre les têtes de follicules revêtus par l'épithélium du type intestinal qu'elles ont refoulé devant elles, prennent place quelques glandes de Luberkham moins longues que celles du gros intestin.

Chez le nouveau-né les follicules sont nettement développés, mais ils sont petits. Chez les enfants, ils sont déjà si nombreux et si volumineux qu'ils ne laissent entre eux que des intervalles très étroits.

La disposition typique serrée des follicules, se maintient jusqu'à l'âge de 20 ans, à partir de ce moment, ils diminuent de volume et sont moins serrés, leur forme change aussi. Tandis que chez les sujets jeunes ils sont arrondis un peu plus hauts que larges, ils s'aplatissent avec l'âge; leur hauteur est réduite au $\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{8}$ de ce qu'elle était. La muqueuse peut s'amoinrir de plus de la moitié avec l'âge. Les follicules prédominant moins dans la lumière de l'appendice, donnent à la muqueuse l'aspect lisse.

Etiologie

Les adénites aiguës péri-appendiculaires sont des affections de l'enfance et de l'adolescence.

Dans la majorité des cas, le malade a moins de 16 ans, on sait la grande fréquence des réactions ganglionnaires chez les enfants : fait clinique qui correspond au très grand développement chez eux, du système lymphatique (follicules clos et ganglions).

Les deux sexes sont inégalement frappés dans nos observations, il y a environ $\frac{2}{3}$ de garçons pour $\frac{1}{3}$ de filles.

On observe, chez les adultes jeunes, au cours d'appendicite chronique l'existence fréquente de ganglions iléo-cæcaux, mais aucun d'entre eux ne présente un syndrome abdominal aigu et fébrile.

On ne met pas en évidence d'autres circonstances étiologiques sinon peut-être la fréquence des affections des voies respiratoires supérieures, des angines, qui existent également dans la crise appendiculaire vraie; il en est de même de la grippe qui se complique souvent d'une crise appendiculaire avec seulement réaction ganglionnaire mésentérique.

Anatomie pathologique

Le diagnostic de crise appendiculaire étant établi, on pratique une incision exploratrice dans la fosse iliaque droite, incision qui, notons-le, doit être assez grande, car les opérateurs explorent le cæcum, l'iléon, les ganglions mésentériques souvent jusqu'à la racine du mésentère.

STOMBER, insiste sur le fait qu'il a régulièrement examiné le grêle, jusqu'à plus d'un mètre de la valvule iléo-cæcale pour éliminer absolument toute atteinte d'un diverticule de Meckel.

La traversée des muscles pariétaux n'offre aucun point intéressant.

Le péritoine pariétal est normal, on ne note jamais cet œdème de la séreuse, qui provient d'une inflammation aiguë.

A l'ouverture du péritoine s'écoule presque toujours un épanchement libre (ob. : 3, 4, 5, 7, 10, 13, 14). On doit noter que, dans la moitié des cas on trouve une sérosité réactionnelle. La quantité est variable et souvent on ne note que l'augmentation de l'humidité intestinale de sorte que l'intestin extériorisé est brillant. Ce liquide, à l'examen bactériologique, est presque toujours séreux, clair, exceptionnellement trouble.

Après évacuation du liquide, on extériorise l'angle iléo-cæcal et on est frappé par la présence des gan-

glions mésentériques, de consistance dure, d'une dureté élastique et de couleur grise ou rosée. Le siège de ces ganglions a été précisé dans chaque observation. Ils siègent, de préférence, dans la région iléo-cæcale dans plus des $3/4$ des cas; on les rencontre également sur le méso-appendice.

Au niveau de l'angle iléo-cæcal les ganglions atteints appartiennent au groupe iléo-colique, dont ils ont exactement le siège; aussi les voit-on à droite de l'artère iléo-colique devant le cæcum; certains qui appartiennent à la chaîne cæcale postérieure sont rétro-cæcaux, et ne sont perçus qu'en soulevant le cæcum, ce qui est facilité dans certains cas par la présence du méso-cæcum. On note également la participation de la chaîne colique, on voit des ganglions en dedans du côlon ascendant, mais jamais très haut. Enfin, la chaîne appendiculaire est intéressée dans $1/4$ des cas, ainsi que la chaîne iléale.

Malgré un tel étalement de la réaction ganglionnaire, elle pourrait passer inaperçue, car on remarque que le premier ganglion iléo-cæcal enflammé ne siège qu'à 3 ou 4 centimètres du cæcum, ou encore que l'état adipeux du mésentère le dissimule.

Les ganglions sont souvent nombreux, séparés les uns des autres, sans périadénite. Le péritoine qui recouvre ces ganglions est normal, jamais plus hyperémié que le péritoine voisin, il n'adhère pas aux ganglions. La taille de ces ganglions est variable, en général, ils atteignent celle d'un gros haricot plus rarement celle d'une amande. Souvent, dans le même

groupe, la tuméfaction est variable, les ganglions cæcaux sont généralement les plus gros, les ganglions iléaux ou appendiculaires sont moindres.

Ces ganglions sont de couleur gris-rouge ou rosée, fermes à la palpation, résistants, quoique sans indurations, leur consistance est élastique. Plus rarement, et sans qu'on puisse nier leur caractère inflammatoire prouvé par la biopsie, ils sont plus mous, moins rouges, d'un aspect humide et brillant. Ces caractères macroscopiques d'adénite sont confirmés, par les recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques.

A la coupe, les ganglions sont fermes, homogènes, semi-transparents, jamais blanchâtres.

L'examen histologique révèle dans les cas légers, des modifications circulatoires d'ordre inflammatoire, la tuméfaction de l'appareil réticulaire avec l'hyperplasie des follicules lymphoïdes, la desquamation du sinus périfolliculaire (catarrhe du sinus des allemands). Jamais, même dans les ganglions qui microscopiquement étaient inflammés, on n'a mis en évidence des cellules géantes, ni des bacilles de Koch.

L'inoculation, au cobaye, a toujours été négative. Théoriquement, toute adénite inflammatoire est secondaire à une infection dans le territoire, dont les lymphatiques gagnent les ganglions atteints. La fréquence de l'appendicite est si grande, que la première recherche dans les inflammations de la fosse iliaque droite est celle du vermiculum. Or, et c'est un fait sur lequel insistent tous les auteurs, l'appendice ne présente pas de lésions susceptibles d'expliquer les symp-

tômes. Rarement sa séreuse est congestionnée, pas plus que la séreuse des organes voisins. Il est, non pas tuméfié par épaissement de ses parois, mais gonflé par un contenu liquide.

Dans presque tous les cas il est libre, quelquefois fixé par des adhérences anciennes, blanchâtres ou vélamenteuses, à la fin de l'iléon ou au cæcum. L'appendice est enlevé, et souvent au cours même de l'intervention il est ouvert, on connaît des cas d'appendicite authentique où l'organe ne présentait extérieurement aucune modification morphologique.

Mais, dans les cas qui nous occupent, l'appendice ouvert ne montre que peu de lésions quand il y en a.

La muqueuse peut être tuméfiée néanmoins sans exsudats purulents, sans ulcérations, souvent même elle n'est modifiée que dans la partie proximale de l'appendice, comme s'il s'agissait de la propagation par voie muqueuse d'une inflammation cæcale.

L'examen histologique montre rarement de lésions aiguës. Si on admet avec ASCHOFF, comme signes de lésions aiguës, les infiltrats cellulaires de la muqueuse, aucun des cas rapportés ne présente de tels aspects histologiques.

Dans certaines observations, on note : hyperplasie des follicules, plus grande abondance du tissu lymphoïde, épaissement de la séreuse, parfois même, atrophie muqueuse.

Fait important dans les cas où l'opération a noté la tuméfaction et l'inflammation des ganglions du méso-appendice, cas dans lesquels on pourrait s'attendre

à des lésions appendiculaires, l'appendice est normal, tant par sa face séreuse que par sa face muqueuse.

L'examen des autres segments du tube digestif, dont les lymphatiques atteignent les ganglions iléo-cæcaux a montré, par contre, des lésions fréquentes et intéressantes.

On rencontre des altérations iléales, elles portent sur la partie terminale de l'iléon généralement sur 10 à 20 centimètres.

En général, ces altérations sont d'autant plus prononcées qu'on se rapproche de la jonction iléo-cæcale et vont en décroissant régulièrement, et en remontant l'iléon.

Les altérations sont de degré variable, nous ne retiendrons pas les cas où l'iléon est rouge, comme les organes avoisinants; souvent cette hyperémie s'accompagne de distension iléale. Il est distendu et, comme le remarque STOMBERK, cette distension porte sur les tout derniers centimètres de l'iléon. Les altération du cæcum sont beaucoup plus rares.

Ces constatations anatomiques sont capitales pour la connaissance de la pathogénie de l'affection, et en particulier pour ces altérations iléales passées sous silence par de nombreux opérateurs qui, peut-être, ne pratiquent pas d'incision assez grande, ou n'examinent pas l'iléon méthodiquement.

Pathogénie

L'appendice joue un grand rôle dans les processus inflammatoires de la fosse iliaque droite, tellement prépondérant que toutes ces manifestations ganglionnaires peuvent lui être attribuées. L'appendice est toujours à l'origine des modifications anatomiques des ganglions iléo-cæcaux.

On a remarqué la fréquence de ces adénites péri-appendiculaires chez des convalescents d'angines ou de grippe. Voici quel serait le mécanisme de la production des adénites aiguës péri-appendiculaires; un streptocoque, très lymphotrope colonisé dans les amygdales détermine une angine aiguë, le malade déglutit une salive bacillifère, qui va déterminer une infection pariétale discrète de l'appendice.

L'inflammation s'étend vers les voies lymphatiques du mésentère, et produit une adénite aiguë.

Les symptômes sont dus à l'adénite iléo-cæcale et non à l'appendice.

En 1900, V. QUÉNU attribuait les symptômes de la crise d'appendicite aiguë, à l'inflammation des ganglions iléo-cæcaux, et récemment LÉVIN, dans son étude de la mésentériolite attribue la douleur à l'infiltration infectieuse du méso.

Cela explique que des cas dits d'adénite mésentérique, puissent aussi bien être décrits comme de simples appendicites aiguës.

PRIBRAM, soutient que dans les appendicites aiguës la réaction ganglionnaire semble inversement proportionnelle à la gravité de l'atteinte appendiculaire.

Dans l'étude de la pathogénie des adénites mésentériques péri-appendiculaires, il est une circonstance étiologique indiscutable : l'angine et la grippe, laquelle peut-être bénigne, et dans certains cas passées inaperçues.

Les réactions abdominales, au cours des inflammations des voies respiratoires et des maladies infectieuses sont assez fréquentes et souvent inversement proportionnelles à la gravité de la maladie initiale.

Etude clinique

I. — OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

L'enfant G. Eugène, âgé de 14 ans, entre à la Clinique du Docteur Luzuy, à Blois, le 11 avril 1937, avec diagnostic d'appendicite aiguë.

Le malade présente un syndrome d'appendicite aiguë, avec vomissements, une douleur bien localisée dans la fosse iliaque droite au point de Mac-Burney, pas de contracture iliaque droite, la température est à 38°5, pouls 90.

Intervention, le 11 avril 1937, appendice normal; on remarque sur le mésentère à la hauteur de l'angle iléo-cæcal de multiples ganglions de la grosseur d'un pois. L'un d'eux est envoyé pour l'examen histologique.

Levé le troisième jour — suites normales.

Résultats de l'examen histologique n° 6303, pratiqué par le Professeur Huguenin, de Paris :

Le ganglion est remanié dans sa structure et présente d'une part, des follicules à centre germinatif clair, et d'autre part, des distensions des sinus dont l'appareil réticulaire est peu modifié, mais dont les cavités sont remplies d'éléments lymphoïdes. Ce gan-

glion présente donc les signes de réaction inflammatoire subaiguë très nette.

Le petit malade a été examiné le 8 décembre 1937. Nous avons constaté la disparition de tous les troubles abdominaux, depuis cette intervention son état général est bon.

OBSERVATION N° 2

Mlle A. Paulette est âgée de 12 ans, et est envoyée le 9 juin 1937 à la Clinique du Docteur Luzuy, de Blois, pour une crise appendiculaire aiguë.

La malade a déjà présenté deux crises antérieures. Le début de la dernière crise remonte à 12 heures environ. La malade présente des nausées d'une façon presque continuelle; la température est de 38°, le pouls à 100.

La palpation de la fosse iliaque droite, réveille une légère contraction et une douleur assez violente localisée au point appendiculaire. Le toucher rectal est douloureux à droite.

Intervention le 9 juin 1937. Incision de Mac-Burney. Présence d'une petite quantité de liquide séreux dans la cavité abdominale. L'appendice est normal. Un ganglion mésentérique rougeâtre, du volume d'un gros pois, longe l'artère iléo-colique. Ablation de l'appendice et prélèvement du ganglion pour examen anatomopathologique.

A l'ouverture, l'appendice ne présente aucune lésion.

La malade se lève le deuxième jour, les suites sont sans incidents.

**Résultat de l'examen histologique n° 6465,
pratiqué par le Professeur Huguenin**

Lésions typiques d'appendicite aiguë sur appendicite chronique, avec sclérose importante de la muqueuse. Les ganglions présentent les signes d'une réaction inflammatoire typique.

L'examen de la malade, pratiqué le 8 décembre 1937, a été très satisfaisant. Plus de crise douloureuse de l'abdomen, pas de constipation; état de santé relativement bon.

OBSERVATION N° 3

L'enfant A. Charlotte, âgée de 12 ans, entre à l'Hôpital de Blois, le 16 juillet 1937, au soir.

Absence de crises antérieures.

Elle présente à son entrée à l'hôpital une douleur violente dans la fosse iliaque droite localisée au point de Mac-Burney, avec hyperesthésie cutanée. Nausées, pas de vomissements. Pas de défense musculaire de la paroi. La température est à 38°9; le pouls à 95.

L'intervention est pratiquée le 17 juillet.

Incision de Mac-Burney.

On remarque la présence de liquide séreux dans la cavité abdominale. L'appendice est absolument normal; mais le cæcum, la fin du grêle et le mésentère sont nettement congestifs. On remarque de nombreux ganglions mésentériques situés à la partie supérieure de l'angle iléo-cæcal.

Lever, le deuxième jour.

Les suites post-opératoires sont normales.

La malade a été à nouveau examinée le 7 décembre 1937.

Elle ne présente aucun trouble digestif.

Examen histologique : lésion de folliculite subaiguë;
lésion d'appendicite subaiguë.

OBSERVATION N° 4

La jeune Ga..., âgée de 16 ans, est envoyée à la Clinique du Docteur Luzuy, en observation pour crise appendiculaire.

Depuis quelques mois, la malade a un état nauséux assez fréquent, ainsi qu'une douleur peu importante et mal localisée dans la fosse iliaque droite.

Le 25 août, nausées plus violentes, la douleur se localise au point appendiculaire, avec une légère contracture de la fosse iliaque droite. La malade est constipée depuis le début de ces malaises.

La température est de 38°, le pouls à 100.

On intervient le jour même.

Incision de Mac-Burney.

L'appendice est absolument normal; il y a présence d'une petite quantité de liquide séreux dans la cavité abdominale. On aperçoit quelques ganglions dans la région iléo-cæcale.

La malade se lève le deuxième jour. Les suites sont normales.

La malade est examinée le 8 décembre 1937. Elle

n'a plus présenté depuis son intervention, ni nausées, ni vomissements, ni douleur iliaque droite.

L'état de la malade a été amélioré depuis cette intervention.

OBSERVATION N° 5

L'enfant, Maria M..., âgée de 12 ans, est envoyée à la Clinique du Docteur Luzuy, à Blois, en observation pour crise abdominale, le 7 août 1937. Elle a déjà présenté trois crises antérieures localisées dans la fosse iliaque droite.

Le 6 août, après son repas du soir, elle est prise de vomissements qui se sont répétés toute la nuit, sans douleur abdominale. La température est à 38°.

Dans le courant de la matinée, s'installe d'une façon assez brusque un point douloureux bien localisé dans la fosse iliaque droite au point appendiculaire. Douleur de plus en plus violente avec cependant des accalmies, le pouls est à 85, la température reste à 38°; il n'y a aucune défense de la paroi abdominale; on pratique l'intervention dans l'après-midi.

Dès l'ouverture, s'écoule un peu de liquide séreux, l'appendice paraît normal. Cependant, on aperçoit sur le mésentère dans l'angle iléo-cæcal, trois ganglions assez volumineux de la grosseur d'un haricot. Ablation de l'appendice.

La malade se lève le troisième jour, les suites sont normales et sans aucun incident. La malade examinée le 8 décembre 1937, c'est-à-dire quatre mois après

l'intervention n'a présenté aucun signe de troubles abdominaux.

OBSERVATION N° 6

L'enfant, Claude R..., âgé de 7 ans 1/2, est envoyé à la clinique du Docteur Luzuy, à Blois, pour douleur dans la fosse iliaque droite.

Il y a trois ans, l'enfant a présenté une crise abdominale aiguë, localisée dans la fosse iliaque droite à la suite d'une grippe infectieuse.

Depuis, l'enfant présente assez fréquemment des vomissements acétoniques, avec douleur réveillée à la palpation dans la fosse iliaque droite.

Le 8 novembre, nouvelle crise avec nausées, colique diffuse, constipation, état sabural, la température est de 37°5, le pouls à 90.

Le 30 novembre, nouvelle crise avec localisation plus nette de la douleur dans la fosse iliaque droite, température 38°8, pouls à 90. Nausées, pas de contraction, le toucher rectal est négatif.

Intervention le 1^{er} décembre.

L'appendice est normal. Dans l'angle iléo-cæcal, on trouve plusieurs ganglions mésentériques de la grosseur d'un grain de café; l'un d'eux est envoyé au laboratoire ainsi que l'appendice.

L'enfant se lève le troisième jour. Les suites sont normales.

**Résultats de l'examen histologique n° 6968,
pratiqué par le Professeur Huguenin, de Paris**

Les différents fragments montrent des lésions in-

flammatoires caractérisées par des effondrements des cryptes glandulaires au fond desquelles se trouvent des nappes d'œdème avec infiltrations des cellules jaunes. Ailleurs se trouvent des infiltrations lymphoïdes diffuses et une sclérose importante de la sous-muqueuse qui s'étale à travers la musculuse.

Le ganglion présente également une hyperplasie lymphoïde diffuse, avec perte de l'organisation folliculaire et distension des sinus qui sont gorgés de lymphocytes.

Il s'agit donc là, d'une lésion d'appendicite subaiguë ancienne, venant de subir une poussée récente.

OBSERVATION N° 7

L'enfant, C..., âgé de 11 ans, est envoyé à la Clinique du Docteur Luzuy, à Blois, pour appendicite aiguë, le 15 septembre 1936.

La crise date de 24 heures. L'enfant vomit, pouls 120, température à 40°, point douloureux localisé dans la fosse iliaque droite au point de Mac-Burney. Pas de défense de la paroi. Toucher rectal négatif.

Le 15 septembre, plus de vomissements, pouls à 100, température à 38°5, douleur plus violente avec irradiation dans la cuisse droite.

Intervention le 15 septembre.

Incision de Mac-Burney, présence de liquide séreux dans la cavité abdominale, l'appendice paraît normal.

Nombreux ganglions dans l'angle iléo-cæcal.

Un ganglion est prélevé pour examen histologique.

La malade se lève le deuxième jour. Suites normales sans incidents.

**Résultats de l'examen histologique
pratiqué par le Docteur Huguenin, de Paris**

Appendice : lésions inflammatoires caractérisées par l'effondrement des cryptes glandulaires au fond desquelles se trouvent des nappes d'œdème. On trouve également des infiltrations lymphoïdes diffuses, et une sclérose importante de la sous-muqueuse.

Le ganglion présente également une hyperplasie lymphoïde diffuse. Distension des sinus qui sont gorgés de lymphocytes.

OBSERVATION N° 8

Mlle G... Simone, âgée de 16 ans, est entrée à la Clinique du Docteur Luzuy, le 14 mai 1937, avec le diagnostic de crise appendiculaire aiguë.

La malade est vue à 24 heures, elle présente une douleur nette dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessus du point de Mac-Burney. Elle a eu des vomissements dès le début de la crise. Pas de contracture de la fosse iliaque droite, la température est à 38°3, le pouls est à 95.

Appendicectomie d'urgence le 14 mai; l'appendice ne paraît pas malade; on remarque qu'il existe des ganglions mésentériques le long de la paroi interne du cæcum. On prélève un de ces ganglions pour examen histologique. La malade se lève le quatrième jour. Les suites sont normales.

**Résultats de l'examen histologique n° 6405,
pratiqué par le Professeur Huguenin**

L'examen histologique montre un ganglion qui présente une certaine hyperplasie lymphoïde, et des sinus distendus. La corticale du ganglion a un aspect homogène, avec peu de follicules et presque uniquement, une nappe continue de lymphocytes.

Dans la portion médullaire et près du hile, les sinus sont remplis d'œdème et contiennent quelques mononucléaires. On ne trouve nulle part de lésions histologiquement spécifiques, en particulier, pas de tuberculose. En somme, image d'adénite subaiguë.

La petite malade a été revue, le 8 décembre 1937. Etat général satisfaisant. Absence complète de crises abdominales, même légères.

OBSERVATION N° 9

L'enfant D..., âgé de 14 ans, entre à la Clinique du Docteur Luzuy, à Blois, le 20 juillet 1935, pour crise appendiculaire aiguë.

Cet enfant présente depuis environ trois mois des crises de coliques abdominales suivies de plusieurs journées de constipation. Ces crises se renouvellent plusieurs fois par semaine. L'enfant est pâle, fatigué, présente une langue saburale avec anorexie et alternative de diarrhée et de constipation. Le 19 juillet au soir, crise plus violente, localisée dans la fosse iliaque droite. Nausées, la température est à 38°2, le pouls à 100.

A l'examen, le ventre est plat, douleur provoquée nette dans la fosse iliaque droite, localisée un peu en dedans du point appendiculaire, pas de contraction.

Le 20 juillet, intervention : incision médiane sous-ombilicale. On découvre un appendice très long, ne paraissant pas malade. Le côlon droit est complètement mobile; il est fixé par deux points de fil de lin.

La recherche du diverticule reste négative; on enlève l'appendice. Il *existe de petits ganglions mésentériques* sur la longueur du mésentère qui est complètement dénudé sans qu'aucune anomalie soit découverte.

Le malade se lève le troisième jour. Les suites sont normales.

Le malade est revu le 8 décembre 1937. Depuis deux ans et demi que l'intervention a été pratiquée, il n'a présenté aucun trouble abdominal ni constipation. L'état général est très bon.

OBSERVATION N° 10

L'enfant A... Marcelle, âgée de 7 ans, entre à l'Hôpital de Blois le 20 novembre 1935 pour crise appendiculaire aiguë.

Pas de crises antérieures. La malade présente quelques nausées; elle aurait vomi pendant son transport à l'hôpital.

La palpation de la fosse iliaque droite révèle un point douloureux localisé au-dessous du point de

Mac Burney. Légère défense musculaire de toute la fosse iliaque droite. Le toucher rectal est légèrement douloureux à droite.

La température est de 38°5; le pouls à 100.

L'intervention a lieu le 21 novembre 1935.

Incision de Mac Burney, présence de liquide séreux dans la cavité abdominale. L'appendice est normal. On découvre sur le mésentère quelques ganglions dont le plus gros atteint la grosseur d'une lentille.

La malade se lève le deuxième jour; les suites sont normales.

La malade a été revue et examinée le 8 décembre 1937, environ deux ans après son intervention. Son état de santé est satisfaisant; elle n'a présenté depuis cette date, aucun symptôme abdominal.

OBSERVATION N° 11

L'enfant Robert Le..., âgé de 7 ans, entre à la Clinique du Docteur Luzuy le 5 octobre 1936, avec le diagnostic de crise appendiculaire aiguë.

Le malade souffre d'un point douloureux de la fosse iliaque droite depuis 48 heures; pas de contractions, le toucher rectal n'est pas douloureux. Depuis douze heures environ, douleur plus violente, accompagnée de nausées; la température est à 38°, le pouls est à 100.

L'intervention est pratiquée le 6 octobre.

On trouve un appendice qui semble normal, mais

on remarque de nombreux ganglions mésentériques. Prélèvement d'un ganglion pour examen histologique. Lever le deuxième jour; suites normales.

**Résultat de l'examen histologique pratiqué
par le Professeur Huguenin, de Paris, sous le n° 5786**

Ce ganglion est surtout caractérisé par une perte d'organisation folliculaire avec une distension des sinus qui sont remplis de lymphocytes sans grande hyperplasie réticulaire. Par ailleurs, il existe une reviviscence lymphoïde dans la gaine au delà de la capsule.

Il n'y a aucune altération qui oriente le diagnostic vers une lésion spécifique du ganglion; certes, il y a de vastes hémorragies, mais probablement secondaires au traumatisme chirurgical. Il est impossible de porter le diagnostic de certitude; mais, néanmoins, ces lésions ne rappellent en rien une lésion inflammatoire banale ou spécifique, début de lymphogranulomatose.

Le malade a été examiné le 8 décembre 1937.

Etat général très satisfaisant.

Aucun trouble digestif.

OBSERVATION n° 12

L'enfant Ton... Gaston, âgé de 9 ans, entre à l'Hôpital le 20 janvier 1937, pour appendicite aiguë.

A son entrée, le malade présente une douleur dans la fosse iliaque droite, mal localisée, irradiée dans la cuisse droite. D'autre part, le malade présente des

vomissements depuis 24 heures environ. Il existe également une légère contracture de toute la fosse iliaque droite. Cependant, le toucher rectal n'est que très légèrement douloureux.

La température est de 38°5 et le pouls à 100.

Appendicectomie le 20 janvier 1937.

Pas de liquide dans la cavité abdominale.

Appendice très long et d'apparence normale.

Il existe sur le mésentère longeant le bord interne du cæcum et dans l'angle iléo-cæcal, de nombreux ganglions.

Le malade se lève le quatrième jour; les suites sont normales.

Le malade est examiné le 6 décembre 1937; absence totale de signes abdominaux. L'état de santé de l'enfant est très satisfaisant.

OBSERVATION n° 13

L'enfant Maurice Bar... entre à la Clinique du Docteur Luzuy, à Blois, pour crise appendiculaire le 11 mars 1937.

Depuis six jours environ, le malade souffre d'un point persistant dans la fosse iliaque droite.

La douleur est continue.

A l'examen, la palpation est douloureuse dans la fosse iliaque droite, douleur localisée au point appendiculaire.

Le malade présente, également, des nausées presque continues; il n'existe pas de contracture, le toucher rectal est absolument indolore.

La température est de 38°5 depuis 48 heures, le pouls à 100.

Intervention pratiquée d'urgence le 11 mars 1937.

Incision de Mac Burney; présence d'une petite quantité de liquide séreux dans la cavité abdominale. Appendice d'apparence normale.

D'autre part, il existe des ganglions mésentériques sous la partie interne du cæcum et dans l'angle iléo-cæcal. Lever le troisième jour. Suites normales.

Le malade est examiné le 8 décembre 1937; état de santé très bon, aucun trouble digestif. Il a fait le 15 juin 1937 un séjour dans un préventorium marin pour fatigue générale. A son retour, l'enfant avait augmenté de 2 kgs. Depuis, son état général est très bon.

OBSERVATION n° 14

L'enfant Fernande B... est envoyée à la Clinique du Docteur Luzuy, de Blois, le 4 décembre 1937, pour une douleur persistante dans la fosse iliaque droite, bien localisée au point de Mac Burney.

La malade, depuis quinze jours, a des coliques intermittentes; pas de nausées, pas de diarrhée, ni constipation, elle a conservé bon appétit.

Mais, depuis 24 heures. Douleur plus violente. Température 38°5, le pouls à 90.

A la palpation, on réveille une douleur au point de Mac Burney, le toucher rectal est douloureux.

Intervention de 4 décembre 1937.

L'appendice ne paraît pas malade; présence de li-

quide séreux dans la cavité abdominale en assez grande quantité. On remarque également dans l'angle iléo-cæcal deux gros ganglions mésentériques.

La malade se lève le troisième jour.

Les suites sont normales.

OBSERVATION n° 15

L'enfant P... Pierre, âgé de 11 ans, est entré à l'hôpital le 21 avril 1935 pour crise appendiculaire aiguë.

Il présente à son entrée quelques nausées, il est constipé depuis plusieurs années et n'a pas été à la selle depuis 3 ou 4 jours. La palpation de la fosse iliaque droite révèle un point douloureux localisé à la zone appendiculaire. La température est à 38°, le pouls est à 85, le toucher rectal est négatif.

On pratique l'appendicectomie, le 26 avril 1935. Incision de Mac Burney; l'appendice est normal. On remarque la présence dans l'angle iléo-cæcal de trois gros ganglions mésentériques.

Le malade se lève le troisième jour, les suites sont normales.

Depuis son intervention, le malade ne souffre plus de crises douloureuses abdominales, ni de constipation. Il ne nous a pas été possible d'examiner le malade, mais sa mère nous a écrit pour nous dire qu'il n'avait plus souffert du ventre et que la constipation avait disparu.

OBSERVATION n° 16

L'enfant R... Ch., âgée de 13 ans, est entrée à l'hôpital de Blois le 1^{er} mars 1936, en observation pour crises abdominales à répétition.

Depuis six mois environ, la malade présente des crises douloureuses, provoquées surtout par la palpation et localisées dans la fosse iliaque droite.

Le 1^{er} mars, une nouvelle crise violente nécessite son admission à l'hôpital, température 38°6, pouls 110.

A la palpation, point douloureux au point de Mac Burney, quelques nausées. Le toucher rectal est négatif. Glace sur le ventre, le lendemain température à 37°. On laisse la malade en observation et tout semble rentrer dans l'ordre. Mais le 14 mars, survient brusquement une nouvelle crise à symptômes analogues aux premiers, avec une nouvelle ascension de température à 38°5.

Opération d'urgence le 14 mars. Incision de Mac Burney. L'appendice est absolument normal, mais sur toute la partie du mésentère longeant le bord interne du cæcum et dans l'angle iléo-cæcal on trouve des ganglions mésentériques de différentes grosseurs, variant d'un pois à un grain de blé.

La malade est levée le troisième jour. Les suites post-opératoires sont normales.

Le 8 décembre 1937, la malade a été examinée depuis son intervention, elle n'a présenté aucun symptôme aigu de l'abdomen. Pas de constipation, son état de santé est satisfaisant.

OBSERVATION n° 17

L'enfant Thib... Serge, âgé de 10 ans, est envoyé à l'hôpital de Blois, en observation pour crise appendiculaire, le 19 mars 1936.

Le malade souffre d'un point douloureux dans la fosse iliaque droite, assez proche de l'ombilic; il ne présente aucun autre signe du syndrome appendiculaire, mais sa température est à 38°3. Quarante-huit heures après, la douleur a légèrement augmenté et la température reste à 38°. Le 21 mars 1936, appendicectomie.

L'appendice est normal, mais quelques gros ganglions mésentériques tapissent la partie du mésentère voisine de l'angle iléo-cæcal.

Le malade se lève le deuxième jour; les suites sont normales.

Le malade, examiné 21 mois après son intervention, le 7 décembre 1937, ne présente plus de crises abdominales et est en parfaite santé.

OBSERVATION n° 18

Mlle D... Cécile, âgée de 12 ans, entre à l'hôpital de Blois le 2 juin 1935 pour crise douloureuse dans la fosse iliaque droite.

A l'examen, la malade présente un syndrome appendiculaire net, douleur au point de Mac Burney, vomissements répétés depuis 12 heures, hyperesthésie cutanée et légère défense dans toute la fosse iliaque

droite; le toucher rectal est nettement douloureux. La température est à $38^{\circ}2$; le pouls est à 90.

Intervention d'urgence le 2 juin.

Appendice normal, la recherche du diverticule de Meckel reste négative; d'autre part, on aperçoit le long du bord interne du cæcum et dans l'angle iléo-cæcal, de nombreux ganglions mésentériques, dont le plus gros atteint la grosseur d'un petit pois.

La malade se lève le deuxième jour; les suites sont normales.

L'enfant a été examinée le 8 décembre 1937, environ deux ans et demi après l'intervention. Etat général excellent, la malade n'a jamais présenté de troubles analogues à ceux qui ont nécessité cette intervention.

II. — ANALYSE DES SYMPTOMES

De ces observations qui sont pour la plupart semblables, il ressort que les signes observés sont ceux d'une appendicite aiguë avec quelques différences, dont la plus importante est l'absence de contracture abdominale, sauf dans les cas des observations : 2, 10, 12, 18.

LE SIGNE DE DÉBUT est la douleur, accompagnée le plus souvent de nausées et de vomissements.

Dans la plupart des cas, ces malades ne sont pas à leur première crise douloureuse (observations 2, 4, 5, 9, 14, 15, 16). Depuis plusieurs mois ils souffrent de la fosse iliaque droite, de la région épigastrique. A sa période d'état, c'est-à-dire lorsqu'une crise plus violente fait conduire le malade au chirurgien, c'est la douleur qui domine le tableau clinique. Elle siège dans la fosse iliaque droite, y garde son maximum, et irradie quelques fois autour de l'ombilic. Son intensité est variable, tantôt elle fait se tordre l'enfant sur son lit, tantôt elle devient une douleur sourde, continue. De toutes façons, elle présente des exacerbations paroxystiques plus ou moins violentes. Les nausées et les vomissements sont à peu près constants. Dans les observations 6, 8, 13, ils ont dominé la scène.

La température est souvent élevée de 38°5 à 39°. Mais, par contre, le pouls ne présente jamais le rythme rapide qu'il a dans les appendicites aiguës vraies. L'état général n'a pas cette altération qui vient signer les appendicites sérieuses.

Mais c'est surtout l'EXAMEN DE L'ABDOMEN qui viendra renforcer l'impression d'appendicite anormale.

Sans doute, la douleur est très nette dans la fosse iliaque droite, mais la CONTRACTURE N'EXISTE PRESQUE JAMAIS. Dans les observations 2, 10, 12, 18 seulement, il y avait une résistance musculaire légère et localisée à la zone iliaque droite. Au total, il s'agit d'un enfant qui présente de la douleur iliaque droite, de la fièvre, un abdomen nettement douloureux à droite, mais pas de contracture, et dont l'état général, sauf les cas où les vomissements se sont répétés, n'est pas altéré.

Y a-t-il là de quoi faire discuter le diagnostic d'appendicite aiguë et faire conclure à l'abstention opératoire ? En aucune façon il ne saurait en être question. Trop souvent, devant un syndrome analogue où quelques signes plaident pour la bénignité de la crise, on trouve à l'intervention, un appendice distendu par du pus, ou une tache de gangrène pariétale sur le point de se perforer. On sait, en outre, que DESCOMPS a montré depuis longtemps que les appendicites toxiques avaient souvent un minimum de signes abdominaux.

LE DIAGNOSTIC D'ADÉNITE AIGÜE PÉRI-APPENDICULAIRE EST DE CEUX QU'IL NE FAUT PAS FAIRE. Sans doute, devant un cortège symptomatique bâtarde, comme celui que nous venons de décrire, aura-t-on le droit de penser et même d'avertir la famille de l'enfant que la découverte opératoire ne sera peut-être pas celle d'un appendice très malade. MAIS EN AUCUN CAS, L'APPRÉCIATION PROBLÉMATIQUE DU RAPPORT ENTRE LA LÉSION GANGLION-

NAIRE ET LA LÉSION APPENDICULAIRE, NE DOIT POUVOIR FAIRE RECULER D'UNE HEURE LE MOMENT DE L'INTERVENTION.

Ce qui a dominé toute l'histoire de l'appendicite aiguë, c'est le caractère imprévisible, la finalité mystérieuse qui préside à l'évolution des lésions appendiculaires. C'est parce que beaucoup de crises guérissaient et guérissent encore par le traitement médical, que les médecins pusillanimes traitent encore par la glace des appendicites dont la marche vers la mort est inscrite dès l'heure de son début.

Le diagnostic de la forme anatomo-clinique d'appendicite aiguë doit donc avoir un intérêt uniquement pronostic et ne jamais pouvoir influencer la décision opératoire. Le silence curieux fait en France, autour de ces découvertes opératoires d'appendicite d'aspect normal, accompagné d'une adénite aiguë, n'a peut-être pas d'autres raisons que celle de ne pas vouloir risquer de remettre en question un dogme thérapeutique acquis.

Quelques chirurgiens se sont risqués à faire le diagnostic d'adénite aiguë mésentérique para-appendiculaire, GOLBERG et NATANSON, forts de leur expérience basée sur moins de vingt cas, ont déconseillé deux fois l'intervention, et l'affection a guéri rapidement. Les mêmes auteurs font, une autre fois, le diagnostic d'adénite, mais devant une leucocytose à 31.000, ils n'osent s'abstenir, et découvrent de grosses lésions appendiculaires.

BRENNEMAN, RAPPORTE L'OBSERVATION D'UN ENFANT

QUI PRÉSENTAIT UN TABLEAU CLINIQUE ATTÉNUÉ, ABSENCE DE CONTRACTURE ET, MÊME, ANTÉCÉDENT D'ANGINE QUI, SELON LES AUTEURS ALLEMANDS, PEUT JOUER UN RÔLE DANS L'ÉTIOLOGIE; ON FIT LE DIAGNOSTIC D'ADÉNITE MÉSENTÉRIQUE, LE LENDEMAIN L'ÉTAT S'AGGRAVE RAPIDEMENT; L'ENFANT EST OPÉRÉ IN-EXTREMIS D'APPENDICITE GANGRÉNEUSE DONT IL MEURT.

Si le diagnostic clinique ne doit pas être discuté, par contre il convient de le faire après l'ouverture de l'abdomen; il faut éliminer les affections ganglionnaires généralisées à tout le mésentère, dont l'étiologie doit être recherchée dans une affection générale. Il faut signaler chez l'enfant la possibilité d'affection fébrile du système réticulo-endothélial, mais au point de vue clinique, avant l'intervention, on doit rechercher la coexistence d'une angine, d'un gros foie et d'une grosse rate.

Quant à la différenciation entre les adénites inflammatoires et les adénites tuberculeuses, elles sont tantôt faciles si les ganglions tuberculeux sont blanchâtres, cohérents, réunis en amas avec péri-adénites et caséux ou ramollis à la coupe, tantôt difficile, si la tuberculose se traduit par une poussée d'adénite aiguë, diffuse, et seul, l'examen histologique et l'inoculation au cobaye pourront trancher le diagnostic.

CONCLUSIONS

I. — A côté des adénites aiguës appendiculaires, où la réaction apparaît immédiatement en relation avec l'atteinte de l'appendice, il existe des adénites aiguës localisées à l'angle iléo-cæcal avec un appendice d'apparence normale.

II. — Le syndrome clinique observé chez des enfants ou des adolescents est celui d'une appendicite légère pour laquelle, douleur, nausées, vomissements et fièvre sont constants, mais où manquent la contraction et les signes d'intoxication.

III. — A l'intervention, le péritoine contient le plus souvent un peu de liquide citrin, l'appendice paraît normal, mais au niveau de l'angle iléo-cæcal, on note la présence de ganglions gris ou rosés sans péri-adénite et dont le volume varie de celui d'une lentille à celui d'un haricot.

IV. — L'évolution post-opératoire est simple et les enfants revus plusieurs mois ou plusieurs années après l'opération, ne présentent aucun symptôme digestif ou abdominal anormal. Les crises douloureuses qui avaient été le plus souvent nombreuses avant l'opération, ne sont pas réapparues.

V. — L'intervention a consisté simplement dans l'ablation de l'appendice, sans enfouissement et sans drainage; suivie de lever précoce, le deuxième jour.

VI. — L'examen histologique de l'appendice a montré des lésions constantes d'infiltration lymphoïde diffuse de la sous-muqueuse. Les ganglions prélevés présentent également une hyperplasie lymphoïde diffuse avec distension des sinus gorgés de lymphocytes.

VII. — Cette adénite aiguë doit être différenciée des hyperplasies ganglionnaires généralisées à tout le mésentère décrite par les auteurs allemands entre 1923 et 1925, et dont la cause est encore inconnue. Elle doit être différenciée également des adénites dues à des iléites terminales ou à des typhlites.

VIII. — Elle est due essentiellement à une réaction exagérée du territoire ganglionnaire de l'appendice au cours d'une appendicite discrète. C'est la réaction ganglionnaire qui déclenche la réaction douloureuse et fébrile et oblige à pratiquer l'intervention; mais l'appendice est bien la cause réelle, puisque son ablation procure la guérison définitive.

IX. — Le diagnostic d'adénites aiguës péri-appendiculaires est de ceux qu'il ne faut pas faire. En aucun cas, l'appréciation problématique du rapport entre la lésion ganglionnaire et la lésion appendiculaire ne doit pouvoir risquer de faire retarder le moment de l'intervention.

Vu :
LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GRÉGOIRE.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

Vu et permis d'imprimer :

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER. — Les adénites aiguës appendiculaires et l'adénolymphite mésentérique aiguë. (*Thèse de Paris*, 1936.)
- ANDERSEN. — Uber universale mesenteriale lymphadenitis mit appendix ähnlichen Krankheitsbild. (*Zentralbl. für chir.*, 1919.)
- AUGUY. — De l'adénopathie appendiculaire. (*Thèse de Lyon*, 1901.)
- BASSET. — Périduodénite et appendicite. (*Arch. Mal. Ap. Dig.*, 15, 893 - 920, 1925.)
- BELL. — Mesenteric lymphadenitis simulating an acute abdominal condition. (*Surg. Gyn. Obst.*, 45 : 465, 1927.)
- BONJOUR. — Des adénopathies périappendiculaires dans l'appendicite. (*Thèse de Paris*, 1901.)
- BORCHARD (A.). — Die primäre lymphangitis des wurmfortsatzes. (*Deutsche med. Wochens.* 54 : 1074-1075, 1928.)
- BRENNEMAN (J.). — The abdominal pain of throat infections. (*Amer. J. Dis. Children*, 22 : 493, 99, 1921.)
- BRIAN. — Adénopathies mésentériques et stase intestinale. (*Thèse de Paris*, 1925.)
- BROWN. — Acute mesenteric adenitis simulating appendicitis. (*Surg. Clin. N. Amer.*, 9 : 1195, 1929.)
- CADENAT. — Vraies et fausses appendicites. (*Concours Médical*, 1923.)

- CLADO. — Appendice cæcal. Anatomie, embryologie, anatomie comparée. (*C. R. des Séances et Mém. Soc. Biol.*, 9^e série, 54 : 133-171, 1892.)
- COLLINS. — Mesenteric lymphacinitis in adolescents simulating appendicitis. (*Canada M. A. J.*, 34 : 402-405, 1936.)
- CROISIER. — Sur la tuberculose isolée des ganglions mésentériques simulant l'appendicite et sur leur pronostic. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 20 : 466, 18 mai 1928.)
- DESCOMPS (P.) et TURNESCO. — Les vaisseaux lymphatiques du gros intestin et leurs ganglions. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 48 : 1354-1363, 1922.)
- La circulation lymphatique du gros intestin. (*Rev. Chir.*, 61 : 329-378, 1925.)
- DUBARD (J.) et HUBNER (G.). — Adénites mésentériques généralisées à la symptomatologie appendiculaire. (*La Bourgoigne Médicale*, 37 : 323-331, 1933.)
- DU BOURGUET et ROQUIGNY. — A propos des fausses appendicites. Les adénopathies mésentériques. (*Bull. Mens. Soc. Méd. Fran.*, 28 : 72-75, avril 1934.)
- DUTEIL. — Des adénites péri-appendiculaires et mésentériques en rapport avec l'appendicite. (*Thèse de Bordeaux*, 1913.)
- FARSSAC. — Appendicite et adénoïdite. (*Thèse de Bordeaux*, 1908.)
- FELSEN (J.). — Appendicular form of bacillary dysenteric with notes on mesenteric adenitis and inflammation of distal portion of ileum. (*Am. J. Dis. Child.*, 50 : 661-672, 1935.)
- FERRY. — Etude clinique sur les adénopathies péri-appendiculaires. (*Thèse de Paris*, 1900.)
- GÉRARD-MARCHAND. — Adénite dans l'appendicite. (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, 26 : 77-81, 1930.)

- GOLBERG (L.) et NATANSON. — Acute mesenteric lymphadenitis clinical syndrom in children simulating appendicitis. (*The Amer. J. of Surg.* N; S; 25, 35-40, 1934.)
- JALAGUIER. — Appendicite. (*Traité de chir. Duplay et Reclus*, 1898.)
- Discussion sur l'appendicite. (*Bull. Mém. Soc. Chir.*, 26 : 82-83, 1900.)
- KADRKA et BARDET. — Calcifications des ganglions de l'angle iléo-cœcal. Contribution au diagnostic de l'appendicite. (*Bull. Mém. Soc. Radio. Méd. de France*, 22 : 308-314, 1934.)
- LAMSON (D.-F.). — Mesenteric lymphadenitis and acute appendicitis. (*S. Clin. North. America*, II : 1061-1063, 1931.)
- LHUISSIER. — Les adénites suppurées péri-appendiculaires. (*Thèse de Lyon*, 1901.)
- LETULLE et WEINBERG (M.). — Appendicites; recherches histo-pathologiques (*Arch. des Soc. Méd.*, 2 : 360-510, 1897).
- LISBONNE (M.). — Microbes et actions microbiennes dans le tube digestif. (*Traité de physiologie normale et pathologie*, tome 2).
- LOCKWOOD. — Note upon the lymphatics of the vermiform appendix. (*Proc. of the Anat. and Physio.* 34 188-199).
- MESNIK. — Uber lymphadenitis mesenterialis dissecans. (*Deutsche Zeit. f. chir.*, 30 : 140-146, 1930).
- MONDOR. — Abdomen.
- LOUDARD (M.). — La forme ambulatoire de l'appendicite aiguë. (*Presse Médicale*, 45. 1900).
- POIRIER. — Anatomie.
- POLYA-NAVRATIL. — Untersuchungen über die Lymphadenen des Wurmfortsatzes und des Magen. (*Dtsch. Zeit. Chir.* 69 : 421-456, 1903).
- PRIBRAM. — Uber lymphangitis mesenterialis. (*Arch. f. Klin. Chir.* 140 : 582-600, 1926).

- Die lymphangitis mesenterialis als abdominelle Herdinfection-substrat der peritonealen adhasionen. (*Arch. Klin. Chir.* 160 : 362-368, 1930).
- Das krankheitsbild der lymphangitis mesenterialis und peritonealis (*Med. Klin.* : 27 816-867, 1931).
- La lymphangite péritonéale. (*Presse Méd.*, 40 : 1966-1969, 1932).
- Nabelkolik lymphangitische form der appendizitis und lymphangitis mesenterialis. (*Munch. Med Woch.* 82 : 942-944, 1935).
- QÉNU. — De l'adénopathie mésentérique dans les appendicites aiguës. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.* 28 : 540-549, 1902).
- QUIVY. — Etude sur quelques cas d'adénites iliaques externes dans l'appendicite aiguë. (*Thèse de Paris*, 1931).
- RENDLE-SHORT. — Symptoms due to mesenteric lymphadenitis. (*Lancet*, 215 : 909, 1928).
- ROBINSON. — Pathology of the lymphatics of the peritoneum. (*Ann. Surg.* : 31 : 214-226, 1900).
- ROUVIÈRE (H.). — Anatomie des lymphatiques de l'homme. (Un vol., 1932).
- SHNITZLER (H.). — Lymphangitis und lymphadenitis mesenterialis. (*Wiener Klin. Wochens.* 46 : 134-137, 1933).
- SPEESE-KLEIN. — Acute mesenteric lymphadenitis associated with chronic appendicitis. (*Surg. Clin. N. America Philadelphia*, number 4 : 261-263, 1934).
- STOÏA et THEODORESCU. — La lymphangite péritonéale et la propagation des infections appendiculaires au foie par voie lymphatique. (*Spitalul*, 302-305, 1933).
- STROMBECK. — Mesenteric lymphadenitis : A clinical study. (*Acta Chir. Scand.* Vol LXX, 1932).
- STRUTHERS. — Mesenteric lymphadenitis simulating appendicitis. (*Edinb. Med. J.*, 27, 22-26, 1921).

TIXIER (L.), et VIANNAY (Ch.). — Notes sur les lymphatiques de l'appendice iléo-cæcal. (*Lyon Méd.*, 86 : 471-479, 1901).

WILENSKI. — Mesenteric lymphadenitis. (*Méd. Rec. New-York* : 98 : 770-772, 1920).

WILENSKI et HAHN. — Mesenteric lymphadenitis. (*Ann. Surg.* 83 : 812-826, 1926).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
Rappels anatomiques	13
Rappels histologiques	18
Etiologie	20
Anatomie pathologique.	21
Pathogénie.	26
Etude clinique	28
1° Observations.	28
2° Analyse des symptômes.....	46
Conclusions.	51
BIBLIOGRAPHIE.	53



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



